

A vibrant wall covered in graffiti and posters. The wall is densely packed with various drawings, including faces, robots, and abstract shapes. A central window frame contains text. The overall scene is a colorful and expressive display of street art.

Arbeid i akutteneheter da
og nå: Tanker om
utfordringer, muligheter
og samfunnsoppdrag
Rolf Sundet
Universitetet i Sørøst-
Norge
rosundet@online.no

STARTEN FOR MEG

- ✘ 21 juni 1972, sommerjobb som pleiermedhjelper ved C-mann, 23-salen, Lier Sykehus. Mitt første møte med "psykiatrien".
- ✘ Et møte som aldri har tatt slutt. 52 år etter er jeg fortsatt midt i det møtet som har formet mitt liv og som på mange måter ble mitt liv.
- ✘ 23-salen, skildret i Ingvar Ambjørnsen sin bok med samme navn. En god, om enn noe sjablongmessig beskrivelse av personalet.
- ✘ Hvis noen lurer på hvorfor en startet nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene, les den boka.

MIN UTDANNING FRA PRAKSIS:TIDLIG LÆRING

- ✘ Jeg lærte datidens nødvendige ferdigheter; sengestrek, bruk av beltenøkkel og sette klyster.
- ✘ 23-salen, en sal delt i tre. 8 senger på hver side av en midtdel for opphold og spising. Alle pasientene unntatt en ble lagt i belter kl 1800, han hjalp til. Annen hver tirsdag var det klyster dag for alle.
- ✘ Den avgjørende erfaringen og ferdigheten fra 23-salen var å være sammen med personer som led psykisk, som hadde en alvorlig lidelse
- ✘ Avgjørende læring for mitt virke innen psykisk helsearbeid, miljøterapi og psykoterapi; å etablere en terapeutisk relasjon.

Å JOBBE SOM PSYKOLOG I EN AKUTTPOST

- ✘ Karrierestart som psykolog: To poster på Lier, hvor jeg tidligere hadde vært pleiemedhjelper. En subakuttpost og en akuttpost.
- ✘ Lier var endret fra et sykehus organisert i manns- og kvinnesiden til det moderne kjønnsblandede sykehuset, etter hvert med akuttavdelinger, seksjoner eller poster slik vi kjenner det i dag...

.....*historien om Unni og pasienten*

VIDERE LÆRING: MIN UTDANNING FRA PRAKSIS SOM PSYKOLOG

Tosidig lærdommen .

- ✘ Det er alltid mulig å lage en relasjon, uansett symptomatologi og lidelse
- ✘ Det finnes ingen umotiverte pasienter, bare mange som er motivert for noe annet enn meg. Med årene har jeg funnet at dette er et godt utgangspunkt for terapi.

HVA KJENNETEGNET AKUTTPOSTENE PÅ LIER?

- ✘ En for "rolige" pasienter (G21), og en for "sinte og urolige", "bryksomme" (G11).
- ✘ Pasientene var personer med diagnoser som reaktiv psykose, reaktiv depresjon, endogen depresjon, schizofreni, manisk – depressiv sinnslidelse, samt personer som var selvmordstruet.
Alle var etnisk norske (jeg husker en svenske).
- ✘ Ingen hadde problem med illegale rusmidler (delirium forekom). (Jeg husker en ung mann som hadde vært i USA og prøvd noe han kalte "pot")

UTFORDRINGER OG VANSKER

- ✘ Utfordringer og vansker var da, som nå, hvordan hjelpe, hvordan påvirke disse tilstandene
- ✘ Hvordan møte fortvilelse og selvmordstanker og forsøk, sinne, slag og spark, knusing av møbler og innbo, utbrudd og sorg, angst og tilbaketrekking?
- ✘ Det var her jeg, som pleiemedhjelper, hadde lært om miljøterapi, men også om bruk av skjerming, tvang med belter eller medikamenter og som fortsatt var problemstillinger nå som psykolog.
- ✘ Hvis jeg husker rett oppsto Akuttnettverket eller en forløper til det på 80-tallet med mål om å samle kunnskap om og svar på slike spørsmål.

HVOR HAR DISSE ERFARINGENE FØRT MEG:

- ✘ Stort håp for enkeltpersoner. Det alltid er mulig å gjøre noe, bidra med noe. Folk kan få det bra eller bedre selv om en ikke blir "lytefri" og fullt ut "helbredet".
- ✘ Jeg er ikke like håpefull når det gjelder "systemet". Hvorfor?
- ✘ Over 50 år i en uendelighet strøm av teorier og forskningsfunn som forklarer hvorfor sykdom og problem oppstår og hva en må gjøre for å bli bra, hvor det beste en kan si er at teori og forskningsfunn foreslår og gir ideer hva en bør gjøre, aldri svar i det enkelte forløp.
- ✘ 300 evidensbaserte metoder, alle med mer eller mindre forskjellig teoretisk grunnlag med samme resultat, hvor fortsatt 40 % ikke får hjelp.
- ✘ En pågående skjult eller åpen maktkamp om posisjoner. Som psykolog beveget meg fra, som sjefpsykolog, å ikke bli bedt i bursdagen til direktøren (oppdaget forskjellen på linje og stab) til i dag, som spesialist, å være kontrollør av all dere som ikke er psykolog eller psykiater – og– det skjer uten empirisk begrunnelse.
- ✘ Husk; forskningen viser at profesjon er irrelevant for utfall i terapi.

MITT HÅP ER KNYTTET TIL;

- ✘ Erfaringen med og betydningen av brukermedvirkning, gjensidig samarbeid basert i en tilbakemeldingskultur og praksis hvor mangel på endring må utløse terapeutendring før pasientendring
- ✘ Pasienten, dennes familie og nettverk og deres erfaringskunnskap, som kilde til hva som kan være hjelpsomt og hva vi kan bidra med.
- ✘ Det finnes noe mulig ”virksomt” i alle enkeltforløp
- ✘ Vi vet ennå ikke hva (psyko)terapi kan bli

DAGENS AKUTTSEKSJON/POST/AVDELING

- ✘ Samarbeid med Akutt-seksjon A ved Blakstad sykehus. Blakstad er et av startstedene for en faglige utviklingen med introduksjon av åpen akuttavdeling, brukermedvirkning og recovery-tenkning gjennom Marit Borg og Turid Nordvik sitt arbeid på 90- og 2000-tallet.
- ✘ Samarbeidet gitt fornyet interesse i det akutte psykiske helsevernet og hva som skjer der. Samarbeid om tre artikler har gitt innsyn i en moderne akutt seksjon og dens virke hvor brukermedvirkning og betydningen av erfaringskunnskapen til brukerne av tjenester er avgjørende.
- ✘ To artikler sammen med Turid Nordvik: *Å skrive journal sammen med pasienten* og en om *bruk av ledermøte som tilbakemeldingsarena for seksjonsleder*
- ✘ En tredje artikkel er på vei om skjermingsplaner hvor brukermedvirkning står sentralt (Christoffer Wahl Dyrstad, Gard Anders Wedholm Edvardsen, Turid Nordvik, Ragnhild Vormeland og meg) (Se parallell sesjon med Gard og Christoffer).

I DAG: KOMPLEKSITETEN I AKUTTARBEIDET HAR ØKT DRAMATISK

Kompleksitet knyttet til endring i brukergruppen og samfunn?

1. Større grad av multi-etnisitet og kultur
2. Større andel med rusproblem i tillegg til annen psykisk lidelse
3. Større andel som overføres fra fengsel
4. Større kompleksitet i familieforhold, krav i arbeidslivet, krav til sosial fungering, økte økonomiske forskjeller, fattigdom, annet utenforskap

Å MØTE KOMPLEKSITETEN I AKUTTARBEIDET HAR ØKT DRAMATISK

For å møte variasjon og forskjellighet må en ha individualisert variasjon i behandlingstilnærminger (loven om nødvendig variasjon). Tverrfaglighet og multi-etnisitet i personalgruppen styrker dette.

Ferdigheter, erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap for å møte kompleksiteten har økt: Fokus på relasjonsferdigheter, aktivt arbeid for å redusere bruk av tvang, kunnskap om psykososiale arbeidsformer som er til hjelp, nyansert bruk av medikamenter, miljøterapiens sentrale plass, betydningen av brukermedvirkning, gjensidig samarbeid og tverrfaglighet er ex

Erfaring: I akuttarbeidet står en alltid på randen av det katastrofale: Den personlige katastrofen for pasient og pårørende, Den faglige og menneskelige katastrofen for personalet når inntaksmengde, ressurser, press, og krav ikke går i hop og hindrer personalet fra å gjøre sin jobb.

Katastrofen som hele systemet erfarer når en står på randen av å ikke klarer sitt oppdrag

DAGENS SAMFUNN

- ✘ Vårt samfunn er dramatisk endret siden 70- og 80-tallet: Fra mono- til et multi-etnisk og kulturelt samfunn
- ✘ Markedsliberalisme og troen på New Public Management dominerer de fleste politiske partier på begge sider av politiske "skillelinjer". Markedet og overvåkning skal redde oss fra det meste!
- ✘ I et av verdens rikeste land er prioritering, besparelser og nedbygging et gjennomgangstema
- ✘ Spørsmålet er om prioritering bare er et annet navn på å legitimere skjev fordeling?)
- ✘ Kan vi ane tegn på at vårt samfunn skaper mer psykisk lidelse enn tidligere?
- ✘ Har vi en individualiserende og psyko-medikaliserende kultur som gjør oss syke(ere)?

JEG HAR FUNNET TRØST I BEGREPET "SAMFUNNSOPPDRAGET", HVOR AKUTTOPPDRAGET ER EN DEL.

- ✘ Hva er et samfunnsoppdrag? Hva er mitt samfunnsoppdrag som psykolog? Hva er akuttseksjonenes samfunnsoppdrag? Hvem gir og bestemmer samfunnsoppdraget?
- ✘ Er oppdraget behandling eller er det å beskytte samfunnet mot de "brysomme"? De som forstyrrer idyllen vår ved å virke truende, rare, som ikke jobber, som ruser seg og trer fram som kontrast til "oss" gjennom sin annerledeshet – eller begge deler?
- ✘ Kan jeg tvangsinnlegges hvis jeg virker truende, skremmende, forstyrrende og brysom for de rundt meg? Stemmer det? Da må jeg passe meg fordi jeg kan bli ganske forbanna på oppførselen til trafikkantene i gata mi i Drammen.

SAMFUNNSOPPDRAGET—HVORDAN FORSTÅ DET?

Tre deler;

- ✘ Samfunnet, oppdraget og forholdet mellom de to delene og oss. Samfunnet gir oss et oppdrag. Hvem er samfunnet, oppdragsgiveren?
- ✘ Samfunnet er oss, alle i salen og alle der ute. Vi, samfunnet, gir oss selv et oppdrag.
- ✘ Vi har alle et samfunnsoppdrag som innebærer krav vi både mottar fra og stiller til det samfunnet vi er.
- ✘ Den enkelte må ta stilling til hvilke oppdrag en gjør til det primære.

MITT VALG AV SAMFUNNSOPPDRAG:

- ✘ Overordnet: Helse- og sosialtjenester og arbeidere som oss skal være til hjelp for personer som lider psykisk.
- ✘ Dette skal skje innenfor likeverdige helse- og sosialtjenester basert på velferdsstatens universalitetsprinsipp, hvor likeverd innebærer et individuelt forskjellig tilbud
- ✘ Budsjetter, føringer, forordninger, kunnskapsoppsummeringer er hjelpemidler i dette arbeidet, men bestemmer aldri det konkrete behandlingsarbeidet med den enkelte bruker av tjenestene. Det skjer i selve arbeidet.
- ✘ Budsjettlojalitet, lojalitet til ledelse og helsemyndigheter er noe som må etableres og opprettholdes gjennom et kontinuerlig og gjensidig samarbeid hvor alles valg av samfunnsoppdrag respekteres som reelle valg.

SAMFUNNSOPPDRAGET

- ✘ Samfunnsoppdrag innebærer forhandlinger, dialog og samarbeid, hvor den enkelte av oss tar stilling til hva vi mener er vårt samfunnsoppdrag og hva som må være andres samfunnsoppdrag.
- ✘ F. eks. forventer jeg at politikere, helsebyråkrater og ledere på alle nivå har et samfunnsoppdrag som innebærer å legge betingelsene til rette for et likeverdig helsevesen og en velferdsstat som baserer seg på universalitetsprinsippet.
- ✘ Helsebyråkratiet utvikler regler og føringer for dette oppdraget, med respekt for andres og mitt valgte samfunnsoppdrag. Der dette skjer vil jeg svare med lojalitet, kompromiss og aksept av at det ikke alltid blir som jeg ønsker.

SAMFUNNSOPPDRAGET

- ✘ Samtidig tar jeg retten til å slutte å være lojal der jeg ikke møter respekt for mitt oppdrag og min lojalitet. Det er her lydhørhet fra politikere, byråkrater og ledere er avgjørende. Ingen lydhørhet, ingen lojalitet.
- ✘ Sist, men ikke minst, skal jeg kunne møte kompleksiteten vi står ovenfor, innebærer det et likeverdig helsevesen hvor jeg må kunne bryte regler og forordninger der disse ikke passer den enkelte pasient og dennes muligheter for hjelp.
- ✘ Det er dette brukermedvirkning og "klinisk autonomi" handler om – for meg – grunnfjellet i et likeverdig psykisk helsevern.
- ✘ Ingen skal påstå at dette er lett, men jeg holder på at det er mulig!

REALISERING AV ET LIKEVERDIG PSYKISK HELSEVERN ER AVHENGIG AV ET MANGFOLD AV METODER OG METODER

Den medisinske modellen

- 1). Forstyrrelse, sykdom, problem eller klage
- 2). Psykologisk forklaring på forstyrrelse, sykdom, problem eller klage
- 3). En endringsmekanisme
- 4). Teori spesifikke terapeutiske ingredienser
- 5). Spesifikk effekt/spesifisitet

Sekvens: Utredning—diagnostikk -- behandling

DEN KONTEKSTUELLE MODELLEN

- 1). Et emosjonelt ladet forhold til en hjelpende person som en kan betro seg til.
- 2). En helbredende ramme eller sted som involverer pasientens/klientens/brukerens forventninger om at den profesjonelle hjelperen vil assistere henne eller han.
- 3). En rasjonale, et begrepsmessig skjema, eller en myte som gir en sannsynlig, skjønt ikke nødvendigvis sann forklaring på personens symptomer og hvordan denne kan overvinne sin demoralisering.
- 4). Et ritual eller en prosedyre som krever en aktiv deltagelse av både klienten og terapeuten og som er basert på rasjonalen som ligger til grunn for terapien.

SAMARBEIDSMODELLEN

- ✘ «Psykoterapi utgjør et individuelt og særegent forløp som danner en sammensetning av klienten(e)s og terapeut(ene)s ideer som kan, men ikke nødvendig må, resultere i en ny lokal teori med forklarende og forutseende gyldighet for den spesifikke klientens situasjon.
- ✘ Terapi utgjør en felles utvikling for klient(ene) og terapeut(ene) som fører til en framvoksende virkelighet bestående av følgende faktorer;
 - 1) å skape rom for klientens og terapeutens bruk av egne ressurser og kunnskaper og
 - 2) å sikre klientens positive opplevelse av alliansen med terapeutene og
 - 3) å styrke klientens referanseramme eller endringsteori"

(Modifisert versjon av Grenness, 2000)

TO KLASSER AV METODER

1. De som er avhengig av at brukeren(e) sier ”ja” til metodens premiss og rasjonaler:

✘ *Si ja (til metoden) og forandring vil følge. 'Nei` betyr lett motstand, mangel på motivasjon og at en ikke er klar for forandring før en sier 'ja`.*

- ❑ *Psykoedukasjon er sentralt*
- ❑ *Vektlegger tilpasset standardisering*
- ❑ *Søker svar via en vitende posisjon*

2. De som er avhengig av at brukeren sier ”nei” eller nøler til det metoden foreslår:

✘ *“Uten 'nei` (protest, nøling, spørsmålsstilling) er ikke en skreddersydd og hjelpsom praksis mulig”*

- ❑ *Gjennomskinnelighet er sentralt*
- ❑ *Vektlegger å lage idiosynkratisk og unik praksis til den enkelte familie*
- ❑ *Søker svar via en ikke-vitende posisjon og en vitende posisjon*



Takk for meg!